

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°.....

THÈSE

380

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BOISSIER André

Né à Beauvoisin (Gard) le 10 Mai 1907

**Sur un signe peu connu
de l'hérédo-syphilis
et son association fréquente
à la myopie**

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551625_0013

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BOISSIER André

Né à Beauvoisin (Gard) le 10 Mai 1907

Sur un signe peu connu de l'hérédo-syphilis et son association fréquente à la myopie

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Patho-
 logie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME
 LANTUEJOUL. / Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie
 chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT .. Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
médicale.
SEZARY Clinique médicale.
ECALLE Clinique obstétricale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER ... Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCQ Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLE Puériculture.
FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE ET A SA FAMILLE

A MES TANTES, A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique dermatologique

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. PIGEAUD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon

C'est avec plaisir que j'aurais continué à travailler sous sa direction. Les circonstances m'en ont empêché. Mais je tiens à le remercier ici pour la bienveillance qu'il a continué depuis à me témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD

Médecin des Hôpitaux

C'est lui qui m'a inspiré ce travail, et je suis heureux de lui témoigner ici toute ma gratitude pour ses conseils et la bienveillance constante de son accueil.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE VERNIER

Médecin de l'Hôpital de Versailles

Assistant à la consultation de l'Hôpital Cochin

Qui m'a aidé de ses conseils pour l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRERE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
de Montpellier

*Qui m'a conseillé et témoigné
sa grande bienveillance dans des
circonstances pénibles de ma vie.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE MONTPELLIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR RIMBAUD

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

MONSIEUR LE DOCTEUR FROMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOLLACK
Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVORY
Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAILLIART
Ophtalmologiste de l'Hôpital des Quinze-Vingt

*Qui ont bien voulu m'accueillir
dans leurs services.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TROCHE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BESNARD

INTRODUCTION

Dans ses consultations de l'hôpital Cochin, le Docteur Marcel PJNARD, a observé la coexistence fréquente de deux signes chez les hérédosyphilitiques.

D'une part, l'existence d'une myopie plus ou moins forte, d'autre part, la présence d'une taroupe.

On lit dans le Littré : « Taroupe : poil qui croît entre les sourcils. »

Nous avons commencé notre thèse en employant un mot qui avait droit de cité, et nous sommes bien embarrassés en apprenant que l'Académie vient de supprimer le mot taroupe, il y a quelques jours. Devons-nous continuer à employer un terme maintenant périmé, allant ainsi à l'encontre des décisions académiques ?

Mais, d'autre part, le remplacer par des périphrases serait fastidieux, et l'Académie n'a prévu aucun terme pour désigner cette hypertrichose qui n'en continuera pas moins d'exister. Nous choisissons donc la première solution en nous excusant ici de ne pas employer un terme approuvé par l'Académie.

Donc, cette taroupe est l'hypertrichose de l'espace interssoucilier, qui fait que les sourcils semblent se rejoindre au-dessus de la racine du nez. Cette taroupe

peut être constituée de quelques poils, ou une hypertrichose plus considérable.

Seul dans la littérature médicale, le docteur Marcel PINARD, dans « La Clinique » de 1923, a fait mention de la taroupe chez les hérédosyphilitiques.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier si la taroupe associée à la myopie doit retenir l'attention comme un signe de syphilis héréditaire.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons les stigmates oculaires de l'hérédosyphilis.

Dans un second chapitre, nous parlerons des rapports qui existent entre l'hérédosyphilis et la myopie.

Dans un troisième chapitre enfin, nous montrerons la fréquence de l'association de la myopie et de la taroupe chez les hérédosyphilitiques, en nous appuyant sur nos observations.

Nous terminerons ce chapitre en disant un mot très rapide sur le traitement à envisager.

CHAPITRE I

STIGMATES ET MANIFESTATIONS OCULAIRES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Dans le domaine de l'organe de la vision, la syphilis héréditaire, produit maintes lésions, pouvant atteindre les différentes parties de l'œil ou de ses annexes, de ses muscles ou de ses nerfs, et provoquer ainsi des troubles fonctionnels importants. Ces lésions sont graves, bilatérales, évoluant avec un minimum de douleur, contrastant avec des troubles fonctionnels importants.

De toutes ces lésions, la plus importante est bien la kératite interstitielle, qui, dans plus de la moitié des cas, reconnaît une origine syphilitique.

« Elle existait, dit TERRIEN, chez plus de la moitié des sujets nettement hérédo-syphilitiques examinés par Huguenin (59 %). Elle est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, on peut l'observer de très bonne heure, mais son maximum de fréquence est de huit à quinze ans, d'après HUTCHINSON. Elle est rare après 20 ans. C'est donc une manifestation de la syphilis héréditaire tardive.

A HUTCHINSON, revient le mérite d'avoir montré l'importance de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de la kératite interstitielle, mais, cet auteur a un peu exagéré en disant que, presque toujours, l'affection était hérédo-syphilitique.

Après de nombreuses discussions, considérée successivement comme manifestation rachitique, scrofuluse, hérédo-spécifique, l'accord semble fait aujourd'hui. Dans 62 % des cas, pour SCENEISCH, 36 % pour ALEXANDER, 55 % pour MICHEL, soit en moyenne dans plus de la moitié des cas, elle reconnaît une origine spécifique, dans tous les autres, elle n'est, comme le fait remarquer FOURNIER, que la manifestation d'un trouble de la nutrition, que diverses influences morbides peuvent réaliser (tuberculose, infections utérines) et d'une façon générale, toutes les infections.

L'influence hérédo-spécifique n'agit pas autrement, elle est seulement beaucoup plus fréquente que les autres.

Il en résulte que la kératite interstitielle, malgré sa fréquence dans l'hérédo-syphilis, ne suffit pas à elle seule pour affirmer ce diagnostic. On ne le fera que s'il existe en même temps, d'autres éléments (altérations dentaires, troubles de l'ouïe, manifestations articulaires, etc...), et ceux-ci devront être recherchés soigneusement ».

La kératite interstitielle, une fois traitée et guérie, laisse souvent des cicatrices cornéennes, se traduisant par des opacités de la cornée, ou leucomes, qui, associés à d'autres signes d'hérédo-syphilis, peuvent

faire penser à des sequelles de kératite interstitielle syphilitique. Ces cicatrices amènent aussi des déformations de la cornée, et, comme nous le verrons dans un autre chapitre, peuvent à elles seules provoquer de la myopie.

Le tractus uvéal peut aussi être atteint par l'infection hérédo-syphilitique. Dans le segment antérieur, on aura des lésions d'iritis et d'irido-cyclite, et dans le segment postérieur, des choroïdo-rétinite, choroïdites et lésions papillaires.

C'est à HUTCHINSON que nous devons d'avoir démontré que l'iritis constitue une manifestation de l'hérédo-syphilis, aussi bien que de la syphilis acquise.

« L'iritis, dit MORAX, est souvent la première manifestation d'une syphilis héréditaire ou acquise et l'on ne devra jamais accepter que sous le bénéfice d'inventaire, l'étiologie rhumatismale, arthritique, goutteuse d'une iritis, même en l'absence d'antécédents l'établissant avec certitude. »

Chez les hérédo-syphilitiques, elle peut apparaître à tout âge, chez le nouveau-né aussi bien que chez les sujets de quarante à cinquante ans.

Les sequelles d'une telle affection, consistent en la présence de déformations variées et permanentes de la pupille, des synéchies postixiennes, des depos pseudomembraneux dans le champ pupillaire, mais il peut être difficile de faire un diagnostic étiologique rétrospectif, en l'absence d'autres signes d'hérédo-syphilis.

L'examen du fond d'œil révèle aussi de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis.

Les hérédo-syphilitiques peuvent faire, en effet, fréquemment des choroïdites. Dans ce cas, la choroïdite syphilitique, peut se limiter à la périphérie, et ne se manifester par aucun symptôme, seul l'examen systématique du fond d'œil, et surtout de ses régions périphériques, permet de déceler ce qu'ANTONELLI appelle les stigmates ophtalmoscopiques de la syphilis héréditaire.

Souvent, aucun trouble subjectif ne vient gêner le malade, et, seul, l'examen ophtalmoscopique décelle des lésions de choroïdite.

Les symptômes constatés à l'ophtalmoscope, sont variables. On ne peut voir quelques fois, qu'un trouble du vitré empêchant de distinguer les détails du fond d'œil, c'est ce qui se rencontre dans la choroïdite diffuse. Ce trouble amène une diminution considérable de la vision.

Dans d'autres formes, les lésions apparaissent sous forme de taches dont la coloration varie du jaune sombre (au début) au noir foncé. Parfois, la tache est unique (choroïdite maculaire), ici, elle est limitée à la macule et provoque un trouble important de la vue, par suppression de la vision centrale. La tache finit par disparaître, laissant après elle, une cicatrice blanche atrophique, entourée d'une zone pigmentée.

Ces lésions chorioretiniennes peuvent être très confluentes, et occuper presque toute l'étendue du fond d'œil. Le fond d'œil paraît alors entièrement tapissé

de lésions chorio-rétiniennes. La macula peut être ou non atteinte. Dans les formes anciennes, la papille prend une teinte grisâtre qui évolue vers le blanc de l'otrophie.

A côté de cette choroïdite souvent hérédo-syphilitique, il faut faire une place à part, à une affection connue sous le nom de rétinite pigmentaire.

Cette lésion, qui paraît bien produite par l'infection syphilitique héréditaire, ou acquise, a été longtemps considérée comme une affection familiale.

Cette rétinite apparaît chez l'enfant, et est caractérisée, d'une part, par un phénomène connu sous le nom d'héméralopie, et d'un rétrécissement concentrique du champ visuel. D'autre part, le fond d'œil, est tapissé de petites plaques de chorio-rétinite, dont on a comparé la forme aux ostéoblastes. Ces plaques apparaissent d'abord à la périphérie, et s'étendent progressivement.

Malgré le traitement, cette affection évolue toujours vers la cécité complète.

Du côté du nerf optique, on rencontre aussi des manifestations dues à l'infection hérédo-syphilitique. Ce sont les névrites optiques que l'on observe à toutes les périodes de l'infection acquise ou héréditaire. Elles sont généralement unilatérales, parfois bilatérales. Elles présentent à l'examen ophtalmoscopique, l'aspect de papillite plus ou moins accusée. Le trouble visuel peut être léger ou au contraire manifeste.

Elles évoluent de façon sub-aigue ou chronique, et,

en l'absence de traitement, elles aboutissent à l'atrophie complète du nerf optique.

La névrite rétrobulbaire, est plus rare, et accompagnée par des manifestations ostéopériostiques du sommet de l'orbite. Au début, l'examen du fond d'œil ne révèle aucune lésion.

L'atrophie primitive est beaucoup plus grave, et aussi beaucoup plus fréquente, et les troubles fonctionnels évoluent parallèlement à la décoloration progressive de la papille.

A côté de ces lésions graves, amenant des troubles fonctionnels importants, on a décrit d'autres lésions de moindre importance, et n'amenant pas ou peu de troubles fonctionnels.

PINARD et DEGLAIRE ont décrit un cercle cornéen d'origine syphilitique héréditaire ou acquise, dû à des lésions de dégénérescence graisseuse et calcaire, à une diminution des éléments élastiques, et à une augmentation de la substance hyaline. Ce cercle cornéen serait dû à une hypercholestérimémie, or, la syphilis étant une affection essentiellement hypercholestérinogène, il n'est pas étonnant qu'on rencontre fréquemment le cercle cornéen chez les syphilitiques.

Dans ce cas, la réaction de Hecht est négative, il n'y a pas de signes nets d'hérédo-syphilis. Le cercle cornéen peut servir d'indication pour rechercher la syphilis acquise ou héréditaire.

Au niveau du fond d'œil, ANTONELLI a décrit des stigmata rudimentaires décelables seulement à l'examen ophtalmoscopique. Ce sont :

La présence d'une papille grisâtre dans sa totalité ou en secteur, à bords flous, et entourée d'un cadre de pigment noir, complet ou incomplet.

Les artères rétiniennes sont petites, filiformes, avec effacement de leurs bords au moment où elles passent de la papille sur le plan choroïdien. Parfois, on constate une interruption apparente des vaisseaux. Les veines paraissent en général dilatées et tortueuses.

Dans la zone péripapillaire, on constate une teinte ardoisée entourant immédiatement la papille, diminuant lentement vers la périphérie, de manière à disparaître lorsque elle a couvert deux ou trois diamètres papillaires.

La rétine peut aussi être recouverte de suffusions grisâtres d'aspect mat, opaque, uniforme, occupant la région péripapillaire comprise entre deux vaisseaux.

On constate parfois aussi, sur toute l'étendue du fond d'œil, une dépigmentation amenant une décoloration de tout le fond d'œil, semblable à celle observée dans l'albinisme. La pigmentation peut au contraire être augmentée, et l'on voit un pointillé foncé avec des petits foyers de pigment noir semblables à des corpuscules osseux, pouvant former par leur coalescence, de véritables petits foyers choroïdiens plus ou moins larges et plus ou moins nombreux.

Du côté du cristallin, on rencontre aussi des lésions dont les origines ont été très discutées, mais qui paraissent bien d'origine hérédosyphilitiques.

Il s'agit des cataractes congénitales, qu'elles soient zonulaires, centrales, totales ou axiales.

En effet, si l'on étudie attentivement les antécédents héréditaires de tels malades, si l'on recherche les troubles qu'ils présentent, soit du côté des os de la tête, du tronc, et des membres, soit du côté du système nerveux, on retrouve toujours des stigmates certains d'hérédo-syphilis.

Tous les colobomes, chorioretiniens, iriens, ou cristalliniens, se retrouveraient également chez les hérédosyphilitiques.

De même, pour la microphthalmie qui est un arrêt de développement de la totalité du globe oculaire.

Chez les enfants atteints de nystagmus congénital, on retrouve une hérédité spécifique.

Cette même hérédité est invoquée pour le glaucome infantile.

Du côté de l'appareil moteur du globe oculaire, l'infection hérédo-spécifique peut produire aussi des lésions se traduisant par : du ptosis, des paralysies du droit interne, du moteur oculaire commun ou du pathétique, ainsi que des ophtalmoplégies externes progressives.

On voit par ce qui précède, que la syphilis héréditaire provoque de nombreuses lésions oculaires, mais, chacun de ces stigmates, à lui seul, ne peut autoriser à faire un diagnostic certain d'hérédo-syphilis, il faut qu'il soit accompagné d'autres signes, soit, ceux, classiques, donnés par HUTCHINSON, A. et E. FOURNIER, soit, d'autres plus récents tels que : l'axiphoïdie et l'ostéite claviculaire (QUEYRAT), l'hydartose (CANTONNET), le tubercule de CARABELLI (SABOURAUD), l'arc

lilas des ongles (MILIAN), l'agénésie d'une ou deux incisives latérales (CADENAT), les ganglions épitrochléens, l'hypertrophie de la rate, et les renseignements tirés de l'histoire familiale. Pour PINARD, aurait également une importance, l'enurésie.

CHAPITRE II

RÔLE DE LA SYPHILIS, ET EN PARTICULIER DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DANS LA MYOPIE

La myopie est due à un allongement de l'axe antéropostérieur de l'œil qui devient plus grand que la distance focale postérieure de l'appareil réfringent de l'œil.

Cette amétropie n'existe qu'exceptionnellement à la naissance, et apparaît le plus souvent de six à douze ans.

« L'étiologie de la myopie, disent LEMOINE et VA-
LOIS, a suscité depuis longtemps de nombreux tra-
vaux. Pour expliquer l'allongement de l'axe antéro-
postérieur du globe oculaire, différentes théories ont
été émises, dont les auteurs peuvent se diviser en
deux grands groupes: le groupe des unicistes, et celui
des dualistes.

Pour les premiers, la myopie n'aurait jamais une
allure inflammatoire; les lésions profondes qu'elle
détermine, seraient le résultat de la distention méca-
nique du pôle postérieur.

Les seconds, avec WENEMANN, TSCHERMING, SULZER,
etc., soutiennent l'existence de deux formes de myo-
pie bien distinctes :

a) La myopie commune, bénigne, non inflammatoire.

b) La myopie dite progressive ou maligne, qui ne serait qu'un symptôme d'une choroïdite insidieuse.

Il ne semble pas que jusqu'à présent, la question étiologique ait été définitivement tranchée, comme, d'autre part, certaines formes de myopie revêtent une gravité particulière, à cause de la diminution de l'acuité, qu'elles entraînent, et les complications qu'elles déterminent, comme la thérapeutique qui leur est habituellement opposée est à peu près inefficace, il ne nous a pas paru inutile de rouvrir le débat.

Que faut-il entendre par myopie maligne, grave ou progressive ? Si la réponse à cette question paraît aisée, il n'en est pas de même, dès que l'on veut préciser les signes révélateurs du caractère malin de l'affection.

Pour nous, le signe capital, consiste en la diminution précoce de l'acuité visuelle, malgré le port de verres correcteurs. Au point de vue pratique, nous considérerons comme atteint de myopie grave, tout myope qui, après correction, et en dehors de toute cause d'erreur, possède une acuité inférieure aux deux tiers de la vision normale.

Ainsi définie, d'une façon peut-être arbitraire, la myopie maligne est relativement fréquente, puisque, sur 3.102 cas de réfraction myopique, que nous avons observées, nous en trouvons 54 s'accompagnant d'une forte diminution de l'acuité visuelle, soit 17 % environ.

Si l'on se rappelle que KNIES évaluait à 20 % les myopes de sa consultation présentant de la dépigmentation choroïdienne, dépigmentation que nous considérons comme un bon signe de myopie maligne, on est frappé par la concordance de ces deux statistiques. »

On a voulu invoquer le surmenage scolaire pour expliquer la myopie grave, mais, il est reconnu qu'elle se développe surtout chez les sujets ne présentant aucun surmenage intellectuel, et souvent chez des illettrés.

Elle se développe le plus souvent chez les enfants dont l'état est déficient, l'amblyopie s'installe avec la myopie, et, malgré la correction par des verres, on ne peut obtenir une bonne acuité visuelle.

Dans leur article dont nous avons précédemment cité un passage, LEMOINE et VALOIS constatent qu'il est difficile d'expliquer l'évolution rapide de certaines formes de myopie maligne, sans invoquer l'existence d'une inflammation des membranes profondes, et, si, d'autre part, on veut bien remarquer qu'un traitement hydrargyrique ou un traitement arsénical amènent une amélioration, on conviendra que l'infection syphilitique a une influence sur les lésions de la myopie progressive. Les lésions du fond d'œil semblent donc être d'origine spécifique et directement influencée par le traitement.

Cette action de la syphilis est admise par un certain nombre d'auteurs, et en particulier le Professeur de LAPERSONNE dans la thèse de son élève BICHON. De

même, SULZER admet le rôle de l'infection spécifique qui n'aurait pas une simple action prédisposante, mais, créerait à elle seule, certains cas de myopie forte.

L'inflammation diffuse des membranes profondes de l'œil, provoquée par la tuberculose, la syphilis, des suppurations de voisinages, ou des troubles endocriniens dont on ne peut encore préciser les relations avec la myopie, détermine un ramollissement de la schérotique qui se laisse distendre peu à peu sous l'effet de la pression intra-oculaire.

Cette inflammation, susceptible de modifier ainsi la résistance de la sclérotique, ne peut en même temps, laisser intacte l'acuité visuelle et, c'est ce qui explique l'apparition presque simultanée de la myopie et de l'amblyopie.

Mais, la choroïde, organe très vasculaire, subit plus rapidement, et de façon plus intense, l'action du traitement. Ce qui explique que les lésions choroïdiennes régressent rapidement, et que la myopie ne cesse d'augmenter. Ce résultat en apparence paradoxal, amène une amélioration de l'acuité visuelle et en même temps une augmentation de la myopie.

D'autre part, nous avons vu :

1. Qu'ANTONELLI considère la dépigmentation de tout le fond d'œil, qu'il compare à celui des albinos, comme un stigmate d'hérédo-syphilis;

2. Que LEMOINE et VALOIS, qui reprennent la même comparaison, considèrent cette dépigmentation comme un bon symptôme de myopie maligne ;

3. Que KNIES évalue à 20 % les myopes de sa consultation présentant une telle dépigmentation.

Il semblerait donc, d'après ces constatations, que l'hérédo-syphilis jouerait un rôle important dans l'étiologie de la myopie.

BICHON, dans sa thèse, fait remarquer la fréquence de la myopie chez les hérédo-syphilitiques.

Il admet aussi qu'une kératite interstitielle peut, à elle seule, causer la myopie.

En effet, dans toute kératite grave, ulcéreuse ou interstitielle, il y a réaction sur la sécrétion ciliaire, et rupture d'équilibre entre la tension intra-oculaire et la résistance de la coque, surtout dans son segment postérieur, provoquant un agrandissement de l'axe antéro-postérieur de l'œil, en dehors de tout effort d'accommodation. Remarquons, que ce mécanisme n'exclue pas le rôle du ramollissement de la coque, provoqué par l'infection hérédo-syphilitique invoqué par LEMOINE et VALOIS.

Nous voyons, par ce qui précède, qu'on ne peut prétendre que la syphilis, soit acquise, soit héréditaire, est la seule cause de la myopie et de ses complications, ce serait aller beaucoup trop loin. Mais, nous pouvons dire que, parmi toutes les autres infections invoquées, elle joue un rôle important, et, avec LAPERSONNE, nous concluons en disant que, chez un myope, en plus des verres correcteurs, et, quelle que soit la myopie, on a toujours intérêt à rechercher la syphilis héréditaire.

Chez un syphilitique héréditaire certain, atteint de

myopie, il faudra donc redoubler de précautions, et rechercher si on n'a pas à faire à une myopie maligne.

Et, comme le préconisent LEMOINE et VALOIS, instituer un traitement antisypilitique si la myopie est maligne, et même en l'absence d'hérédité syphilitique.

CHAPITRE III

FRÉQUENCE DE L'ASSOCIATION DE LA MYOPIE ET DE LA TAROUPE CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

D'après ce qui précède, nous avons vu : le rôle important de la syphilis héréditaire dans les affections oculaires d'une part.

D'autre part, quel rôle de premier plan semble jouer l'hérédo-syphilis dans la myopie.

Or, d'après les observations que nous avons recueillies, nous constatons la grande fréquence de la coexistence d'une taroupe et d'autres signes de syphilis héréditaire.

D'autre part, cette coalescence sourcilière coexiste très fréquemment aussi avec la myopie, et tout particulièrement, une myopie qui, par son allure, fait penser à une étiologie spécifique.

Donc, il nous semble possible d'affirmer que l'existence simultanée d'une taroupe et d'une myopie, peut faire penser à l'existence de la syphilis héréditaire.

Dans les observations qui suivent, nous distinguons deux groupes :

1. Les myopes porteurs d'une taroupe, et avec des signes d'hérédo-syphilis certain.

2. Les myopes porteurs d'une taroupe avec hérédosyphilis douteuse.

PREMIER GROUPE. — *Myopes porteurs d'une taroupe, et présentant des signes certains d'hérédosyphilis.*

OBSERVATION I. — M. D. E. Agée de 30 ans. Présente une taroupe.

Forte myopie : $0D = - 10^d$

$0G = - 8^d 50$.

L'examen du fond d'œil montre un important staphylome postérieur, avec un fond d'œil pâle.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Signe de gaucher : Desmoulières +. Front olympien, pas de surdité.

Antécédents personnels. — La malade présente des crises d'épilepsie depuis l'enfance, à part cela, maladies banales de l'enfance.

Mariée, a fait une fausse-couche de sept mois.

Antécédents familiaux.

Père mort à 31 ans, on ignore de quoi.

Mère vivante : a abandonné ses enfants, elle est perdue de vue.

Un frère. Agé de 35 ans, a fait à l'âge de 20 ans une otéite des métalarsiens.

Il a deux filles anémiques et malades.

Un deuxième frère. Taroupe et dents ponctuées.

Une sœur. Myopie forte.

Elle a eu un enfant qui a fait une hémiplegie à l'âge de 1 an et a été traité à ce moment à l'hôpital des enfants malades par des frictions mercurielles et injections de novarsénobenzol.

A fait aussi une anémie avec grosse rate.

OBSERVATION II. — R., 12 ans. Malade présentant une taroupe. Forte myopie et strabisme divergent.

OD myopie = 12^d œil amblyope et strabique.

Après correction, l'acuité visuelle est seulement de 1/10. L'examen du fond d'œil révèle la présence d'une choréïdite maculaire.

OG : myopie de — 10^d

Acuité visuelle après correction : V = 7/10.

L'examen du fond d'œil montre une papille pâle avec un staphylome postérieur et quelques foyers périphériques de choréïdite.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Microdentie. Palais en ogive, ganglions épithochléens, signe de Gaucher.

Antécédents personnels. — Née avant terme. Premiers pas à 14 mois. Enfant maladif et débilité.

Antécédents familiaux. — Mère bien portante, a fait deux fausses-couches, a un fils plus âgé en bonne santé. Père bien portant.

Sérologie : BW — Hecht +.

OBSERVATION III. — L. A. Agé de 21 ans.

Taroupe. — Forte myopie : OD = — 20^d à la skiascopie.

Acuité après correction avec un verre de — 11^d.

V = 2/10 un verre de — 19 n'améliore pas la vision.

Fond d'œil : grand staphylome postérieur et fond d'œil présentant de nombreux amas pigmentaires.

OG. Myopie de — 11^d.

Après correction : acuité visuelle : V = 7/10.

Comme à droite, le fond d'œil présente un important staphylome postérieur et de nombreux amas pigmentaires.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Dents, signe de GAUCHER, dents ponctuées, voûte palatine ogivale. Ganglion épithochléen.

Antécédents personnels. — Le malade se souvient peu

de son enfance. Déclare n'avoir jamais été malade, sauf pendant son service militaire.

A cette époque, il eut des céphalées intenses, ne cédant à aucune thérapeutique.

Une serologie sanguine est faite alors, et se montre négative. Pas de ponction lombaire, pas de traitement antisypilitique.

Les céphalées cèdent d'elles-mêmes au bout d'un mois.

Le malade est réformé pour sa vue.

Antécédents familiaux. — Père et mère vivants, en bonne santé; frères et une sœur également en bonne santé.

Grand-père mort à 83 ans.

Grandmère morte à 79 ans, on ignore de quoi.

OBSERVATION IV. — P. C., 33 ans.

Taroupe. — Myope depuis toujours, mais, n'a jamais porté de verres correcteurs.

Skiascopie difficile, car mydriase accusée.

Myopie de : OD = — 1 O^d. O.G. = — 11^d.

O.D. après correction : V. = 1/10.

A l'examen du fond d'œil : choroïdite maculaire.

O.G. après correction : V. = 1/20.

Fond d'œil : staphylome postérieur et choroïdite diffuse.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Voûte palatine ogivale, signe de GAUCHER.

Antécédents personnels. — Né avant terme, marche tard, rachitique.

A fait un ictère catarrhal à 18 ans. Le malade nie avoir contracté la syphilis. Un frère mort en bas âge.

Il est marié, sa femme a fait 3 fausses-couches.

Père mort à 65 ans, diabétique.

Mère en vie, bien portante.

Sérologie: B. W. et Hecht positifs.

OBSERVATION V. — Mme F., 35 ans. Porte des lunettes depuis l'âge de 12 ans.

Taroupe. — *Myopie*: O.D. = 6°50 astigmatisme — 1 axe 110°.

La cornée présente des leucomes anciens, remontant probablement à l'âge de 15 ans où la malade est soignée vraisemblablement pour une kératite interstitielle par des piqûres. Guérison, mais il reste des cicatrices visibles actuellement.

Après correction : V. = 7/10.

Le fond d'œil présente un grand croissant myopique. O.G. Mêmes léions qu'à droite.

Myopie = 5^d.

Astigmatisme = — 1°50 axe 70.

Après correction : V = 7/10.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Dents d'HUTCHINSON, signe de GAUCHER, nez en lorgnette, voûte palatine ogivale.

Antécédents personnels. — Née avant terme, enfant souvent malade.

Enuésie jusqu'à 11 ans. A 15 ans, kératite, depuis plus rien. Mariée, pas de fausse-couche, pas d'enfant.

Antécédents familiaux. — Mère hémiplegique, encore en vie. Père mort de congestion pulmonaire. Deux frères, dont l'un est aveugle, l'autre en bonne santé. Une sœur morte en bas âge.

OBSERVATION VI. — Mme R. L., 55 ans.

Taroupe. — Myopie forte avec acuité très réduite, après correction.

O.D. Myopie = — 1 1^d.

Vitré très flou permettant de voir difficilement un fond d'œil avec lésions de chorioretinite diffuse.

Après correction, l'acuité visuelle est: V. = 2/10.

O.G. Myopie = — 12^d.

Vitré également trouble, lésions de chorioretinite.

V = 5/10

Stigmates d'hérédosyphilis. — Front olympien, dents ponctuées, tubercule de CARABELLI. Tibias en lame de sabre.

Antécédents personnels. — Né avant terme. Pas d'énurésie, a fait les maladies banales de l'enfance.

La malade a déjà été traitée il y a deux ans par des piqûres, mais a interrompu son traitement. Nie avoir contracté la syphilis. Elle a un enfant né à terme, pesant 6 kilos, il a fait un ictère catarrhal. Emurésie jusqu'à 7 ans, a eu des arthropathies des genoux. La malade a fait deux fausses-couches, une à 7 mois, l'autre à 6 mois.

Antécédents familiaux. — Mère morte à 70 ans. Père mort à 66 ans cardiaque. Un frère aîné bien portant. Une sœur morte en bas âge. On institue un traitement anti-syphilitique.

Sérologie: B.W. + + + Hecht +.

OBSERVATION VII. — M. J., 28 ans.

Taroupe. O.D. = — 10^d OG = — 11^b50.

Après correction, acuité visuelle : V. = 10/10.

Fond d'œil : staphylome postérieur, et fond d'œil tigré.

Stigmates d'hérédosyphilis. — On ne trouve pas de stigmates d'hérédosyphilis.

Antécédents personnels. — Né à terme. Emurésie jusqu'à l'âge de 11 ans. Ictère catarrhal à l'âge de 20 ans. Marié, a deux enfants en bonne santé. Un enfant mort en bas âge.

Antécédents familiaux. — Mère bien portante. Père mort cardiaque, à 50 ans. Un frère jumeau mort en bas âge. Une sœur et un frère plus jeunes bien portants.

Sérologie. — B.W. — Hecht +.

OBSERVATION VIII. — 18 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = — 18^d.

Fond d'œil : staphylome postérieur, vitré, trouble, plaques de choréïdite, corps flottants.

O.G.: Myopie = — 20^d

Choréïdite maculaire avec vitré flou, grand staphylome postérieur. Acuité après correction : O.D.V. = 5/10. O.D.V. = 1/20 faible.

Stigmata d'hérédo-syphilis. — Nez en selle, voûte palatine ogivale. Dents: tubercule de CARABELLI et signe de GAUCHER. Ganglions cervicaux.

Antécédents personnels. — Naissance à terme. Marche à 12 mois, enfant débile et souvent malade.

Antécédents familiaux. — Mère en bonne santé. Père P. G. a été impaludé.

Sérologie. — B.W. — Hecht +.

OBSERVATION IX. — A. Z., 23 ans.

Taroupe. — Myopie forte : O. D. = — 11^d. OG = — 12^d50.

Acuité visuelle après correction: V. = 9/10.

Croissant myopique, inégalité papillaire, synéchies postérieures du côté droit.

Stigmata d'hérédo-syphilis. — Prognathisme accentué, microdontisme partiel, dents en rappe, bec de lièvre simple unilatéral.

Antécédents personnels. — Né avant terme à 8 mois. Enfant souvent malade, bec de lièvre, pelade et accès migraineux.

Antécédents familiaux. — Père vivant en bonne santé. Mère vivante, en bonne santé. Un frère mort en bas âge, vraisemblablement hydrocéphale. Un autre frère âgé de 25 ans, en bonne santé. Grand-père paternel mort de congestion cérébrale à 50 ans.

Sérologie. — B.W. — Hecht +.

OBSERVATION X. — E. F., 43 ans.

Taroupe. — Myopie forte : O.D. = — 14^d. O.G. = 13^b.

Fond d'œil : important staphylome.

Antécédents personnels. — Né à terme, marche tardivement. Enfant maladif, pieds bots.

Antécédents familiaux. — Une sœur de 50 ans fortement myope. Elle a deux filles, une morte tuberculeuse, l'autre bien portante, mais a fait du rachitisme dans l'enfance, nez en selle et taroupe. Père, 80 ans, diabétique (30 gr.). Mère morte à 45 ans des suites de lésions aortiques.

OBSERVATION XI. — M. V., 29 ans.

Taroupe. — Myopie forte. O.D.G. = 1 0^d.

Fond d'œil tigré, croissant myopique. Après correction : acuité visuelle : V. = 10/10.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Teinte ardoise autour de la papille. Pointillé foncé de pigmentation du fond d'œil. Microdontisme partiel.

Antécédents personnels. — Née à terme, marche à 11 mois. Enurésie jusqu'à l'âge de 10 ans. A eu des convulsions dans l'enfance.

Antécédents familiaux. — Mère vivante, en bonne santé, a eu 3 enfants dont notre malade est la plus jeune. 2 enfants morts en bas âge. Les 2 autres sont bien portants, mais l'un d'eux a fait un ictère catarrhal. Père bien portant.

Sérologie. — B.W. négatif. Hecht positif.

OBSERVATION XII. — B. E., 30 ans.

Taroupe. — Myopie forte. O.D. = — 10^d. O.G. = — 8^d.

Après correction, acuité visuelle = 10/10. Fond d'œil : croissant myopique entouré d'un cercle pigmenté.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Bosses frontales très développées, lobule de l'oreille adhérent. Dents crénelées, tubercule de CARABELLI.

Antécédents familiaux. — Né avant terme, poids à la naissance, 6 kilos, marche à 13 mois. Emurésie jusqu'à l'âge de 6 ans.

Antécédents familiaux. — Père ayant suivi un traitement par piqûres. Un frère mort en bas âge. Un jeune frère faisant des crises d'épilepsie.

OBSERVATION XIII. — M. A.

Taroupe. — Forte myopie : O.D. = — 12^a. O.G. = — 8^a50. Après correction : V. : O.D. = 9/10. V.O.G. = 10/10.

Stigmates de syphilis héréditaire. — Nez en lorgnette, augmentation du diamètre latéral du crâne. Signe de Gaucher, dents d'Hutchinson.

Antécédents personnels. — Né à terme, a eu mal aux genoux dans l'enfance.

Antécédents familiaux. — Père vivant, paralysie, hémiplegique. Mère vivante, bien portante. Sœur aînée vivante en bonne santé. Jeune frère ayant eu de l'énurésie un frère mort en bas âge.

Sérologie. — B.W. — Hecht +.

OBSERVATION XIV. — M. L.

Taroupe. — Myopie forte : O.D. = — 9^a. O.G. = — 19^b. Fond d'œil : staphylome postérieur, fond d'œil très pigmenté, veines tortueuses. Amblyopie de l'œil gauche.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Dents barrées, surdité très accentuée.

Antécédents personnels. — Née avant terme, marche à 12 mois. Ictère catarrhal à l'âge de 22 ans.

Antécédents familiaux. — Père diabétique. Mère ayant eu un autre enfant avec des rhumatismes dans les genoux et des ulcères cornéens. Un autre frère aîné diabétique.

OBSERVATION XV. — B. G., 16 ans.

Taroupe. — Myopie : O.D. = — 3^d, astigmatique — 2⁵⁰ axe 45°. Leucomes périphériques de la cornée.

Fond d'œil. — Papille aplatie et légèrement pâle. Fond d'œil très pigmenté. Acuité après correction V. = 2/10.

Stigmates d'hérédo-syphilis. — Nez en selle, front olympien. Lobule de l'oreille adhérent. Voûte palatine ogivale, dents crénelées et ponctuées. Infantilisme.

Antécédents familiaux. — Père inconnu. Mère morte à 47 ans. Un frère, âgé de 7 ans, atteint d'énurésie, actuellement en traitement. Un autre frère de 20 ans bien portant. Grand-parents vivants et en bonne santé.

Sérologie. — Le Wassermann et le Hecht ne sont pas fait, la malade n'étant pas revenue.

OBSERVATION XVI. — B. P., 27 ans.

Taroupe. — Myopie : O.D. = — 4^d. O.G. = — 4^b75.

Acuité après correction : V.O.D.G. = 10/10. Pas de réaction papillaire à la lumière. Fond d'œil : croissant myopique.

Stigmates d'hérédo-syphilis. — Pas de réflexes rotuliens. Tibias en lame de sabre.

Antécédents personnels. — Né avant terme, débile, est resté pendant longtemps dans une couveuse. Enurésie jusqu'à l'âge de 7 ans. Equivalents asthmatiques. Insuffisance hépatique.

Antécédents familiaux. — Père bien portant. Mère a fait plusieurs ictères, actuellement en traitement : B. W. +++.

Sérologie. — B.W. négatif. Hecht +.

OBSERVATION XVII. — H. P., 17 ans.

Taroupe. — Porte des verres correcteurs depuis l'âge de 8 ans. Myopie : O.D.G. = — 3^d. Fond d'œil tigré, avec croissant myopique.

Stigmates d'hérédo-syphilis. — Rate percutable sur deux travers de doigts sur la ligne médioaxillaire. Dents d'HUTCHINSON. Voûte palatine ogivale.

Antécédents personnels. — Le malade vient d'un sanatorium et présente : une ostéite du frontal, ostéite du maxillaire, ostéites des métatantiens et du coude droit. Marche à 13 mois. Rachitisme.

Antécédents familiaux. — Néant.

OBSERVATION XVIII. — D. G., 26 ans.

Taroupe. — Myopie. O.D.G. = — 4^d. Fond d'œil normal.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Dents crénelées.

Examen : troubles de l'intelligence, troubles de la mémoire, troubles de l'affectivité. Délire d'interprétation. Psychose hallucinatoire chronique.

Les troubles psychiques ont fait leur apparition à l'âge de 12 ans.

Fugues à l'âge de 14 ans, hospitalisé à Sainte-Anne pendant 2 mois. De 14 à 20 ans : amélioration. A 20 ans, hospitalisé pendant 2 mois à la Salpêtrière. A 24 ans, hospitalisé pendant 1 an à Villehevrard. Depuis 1 an, état psychique stationnaire.

Examen sérologique. — Hecht +++ B.W +++ Ko ++. V = 6.

OBSERVATION XIX. — L. V., 30 ans.

Taroupe. — Myopie O.D. = — 3^d — 1 axe 180. O.G. = — 4^d75. Fond d'œil tigré légèrement, croissant myopique, cadre pigmentaire péripapillaire.

Stigmates d'hérédosyphilis. — Dents barrées.

Antécédents personnels. — Né à terme, marche à 15 mois. Insuffisance hépatique.

Antécédents familiaux. — Père mort à 45 ans d'une cirrhose alcoolique du foie. Mère morte à 35 ans. Grand-père paternel mort d'un cancer de l'estomac. Grand-mère paternelle atteinte d'une angine de poitrine avec B.W. ++++. Elle a 3 enfants. Une fille morte cardiaque à 30 ans, laissant une fille avec une taroupe et pieds bots. Une autre fille bien portante. Une troisième fille avec

taroupe. Elle a elle-même deux filles. Une bien portante, avec taroupe, l'autre: crises épileptiformes, ictère catarrhal à l'âge de 20 ans.

Sérologie. — B.W. — Hecht —.

OBSERVATION XX. — B. E., 13 ans.

Taroupe. — Myope : O.D. = — 3^d50. O.G. = — L^b.
Après correction : V.O.D.G. = 10/10. Fond d'œil : croissant myopique.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Front olympien. Signe de GAUCHER. Ganglion épitrochléen. Gros foie indolore, rate percutable sur deux travers de doigts sur la ligne médio-axillaire.

Antécédents personnels. — Né à terme. Poids à la naissance, 5 kilos. Pas de maladies dans l'enfance.

Antécédents familiaux. — Le père suit un traitement antisyphilitique.

Sérologie. — B.W. — Hecht +.

OBSERVATION XXI. — R. A., 31 ans.

Taroupe. — Myopie : O.D. = — 4'. O.G. = — 3^b50. Fond d'œil normal.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Nez en lorgnette. Dents ponctuées, nodontes sur les crêtes tibiales.

Antécédents personnels. — Né avant terme, marche à 14 mois. A l'âge de 10 ans, a eu mal aux genoux et a été traité par des piqûres.

Antécédents familiaux. — Mère, 45 ans, sourde-muette. Père mort à 45 ans de congestion cérébrale, un frère mort en bas âge.

OBSERVATION XXII. — R. A., 31 ans.

Taroupe. — Myopie : O.D.G. = — 4^d.

Hérédosyphilis certaine. — B.W. = 000. Hetcht 0
++ Ko ++.

OBSERVATION XXIII. — P. R., 40 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -3^d — 1 axe 180. O.G. = -3^d75 . — 0^b50 axe 180.

Syphilis héréditaire certaine.

OBSERVATION XXIV. — V. L., 25 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -4^d . O.G. = -2^b50 .
V. après correction = 10/10.

Syphilis héréditaire certaine.

OBSERVATION XXV. — B. U., 29 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -4^d . O.G. = -5^b25 .
Syphilis héréditaire certaine.

B.W. — Hecht +.

OBSERVATION XXVI. — R. C., 17 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -3^d . O.G. = -3^b — 2^d axe 90.

Syphilis héréditaire certaine.

DEUXIÈME GROUPE. — *Myopes potteurs d'une taroupe; mais avec hérédo-syphilis douteuse.*

OBSERVATION I. — M. R., 35 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -9^d . O.G. = -8^b .
V.O.D.G. après correction = 10/10.

Stigmata d'hérédo-syphilis. — Lobule de l'oreille adhérent.

Antécédent. — Néant.

OBSERVATION II. — T. R., 18 ans.

Taroupe. — Myopie O.D. = -12^d . O.G. = -10^b50 .
Après correction : V.O.D.G. = 9/10.

Stigmata d'hérédo-syphilis. — Néant.

Antécédents. — Un frère mort en bas âge. Grand-père paternel décédé subitement.

OBSERVATION III. — A. L., 31 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -10^d . O.G. = -13^d .
Stigmata d'hérédosyphilis. — Cadre pigmenté péri-
papillaire.

Antécédents. — Rachitisme dans l'enfance.

OBSERVATION IV. — P. L., 25 ans.

Taroupe. — Entré dans le service pour maladie de
Nicolas Favre. Myopie O.D.G. = -6^d . V. après correc-
tion = 10/10.

Stigmata hérédosyphilitiques. — Zone péripapillaire
ardoisée.

Antécédents. — Grand'mère morte cardiaque. B.W.
— Hecht —.

OBSERVATION V. — R. B., 50 ans.

Taroupe. — Myopie : O.D. = -3^d . O.G. = -3^{b50} .
Acuité visuelle après correction: V.O.D.G. = 10/10.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Fond d'œil pigmenté,
lobule de l'oreille adhérent.

Antécédents. — Néant.

OBSERVATION VI. — M. G..

Taroupe. — Myopie: O.D. = -3^d . O.G. = -2^{b75} .
Après correction: V.O.D.G. = 10/10.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Néant.

Antécédents. — Néant.

Sérologie. — Négative.

OBSERVATION VII. — B. L., 21 ans.

Taroupe. — Myopie: O.D. = -3^d . O.G. = -2^{b75} .
Après correction: V.O.D.G. = 10/10.

Stigmata d'hérédosyphilis. — Cercle pigmentaire
péripapillaire.

Antécédents. — Néant.

Il ne faudrait pas conclure, d'après les observations qui précèdent, que tous les myopes sont porteurs d'une taroupe, mais il semble que, dans la grande majorité des cas, ceux qui en sont porteurs, présentent, soit des stigmates objectifs d'hérédosyphilis, soit des antécédents permettant de faire penser à cette affection.

Mais, il ne faut pas croire que la taroupe soit l'apanage des myopes.

En effet, le docteur Marcel PINARD, ayant fait une enquête au sujet de tout porteur d'une épaisse touffe de poils entre les sourcils, a été amené à considérer ce signe fréquent comme de première valeur.

Il est probable que cette touffe anormale est sous la dépendance d'un hyperfonctionnement de la surénale lésée à un moment par le tréponème, de même que les altérations dentaires paraissent dépendre d'une atteinte des parathyroïdes (ERDHE et YOGOFUCA).

Ceux qui en sont atteints, peuvent être en parfaite santé ou présenter d'autres stigmates d'hérédosyphilis.

L'observation populaire si fine en a fait un signe de jalousie (l'hérédosyphilitique est souvent un petit mental irritable et inquiet), de même qu'elle considère comme prédisposés aux méningites les enfants dont la base du nez est marquée par une veine transversale (autre signe fréquent chez les hérédosyphilitiques).

La coalescence des sourcils est associée souvent à d'autres hypertrichoses localisées, une médiane, sa-

cro-lombaire « la mèche de Boschimans », une triangulaire à sommet inférieur dans la région interscapulaire, ce signe s'observe souvent chez des sujets prédisposés à la tuberculose, ainsi que l'avait constaté QUEYRAT, le développement de lésions bacillaires chez les hérédospécifiques est de constatation banale.

La mèche intersoucière prend toute sa valeur lorsqu'elle s'accompagne de myopie, ce qui est d'ailleurs fréquent. Il est certes plusieurs variétés de myopies, que les ophtalmologistes ont classées, mais il en est une qui mérite une place à part, c'est la myopie de l'hérédosyphilitique, si fréquente et si souvent méconnue.

Est-ce à dire que la constatation de ces différents signes, doit faire conclure à l'institution d'un traitement ?

Pas forcément, si l'hérédosyphilitique se porte bien, s'il ne présente aucun signe de la maladie en activité, aucun signe sérologique, laissons-le en paix, mais, la constatation de ces signes, enregistrés par le médecin, peut être un jour, d'une utilité précieuse pour le diagnostic et le traitement d'un syndrome présenté, soit par le malade, soit par un de ses ascendants, descendants ou collatéraux.

CONCLUSIONS

1° La taroupe peut être considérée comme un signe d'hérédo-syphilis et permettre d'orienter le diagnostic.

2° Son association avec la myopie, qui est fréquente, donne à ce signe une plus grande valeur.

3° En présence d'un myope porteur d'une taroupe, si le sujet est bien portant, et ne présente aucun signe de l'infection en activité, on pourra ne pas le traiter.

Mais cette indication sera précieuse, si l'infection se traduit d'une façon active, soit chez le malade, soit chez ses ascendants ou descendants.

4° Chez un myope porteur d'une taroupe, si la myopie prend une allure maligne, et si l'acuité visuelle diminue, instituer un traitement antisiphilitique d'urgence, par les méthodes les plus actives.

VU : *Le Doyen* :

G. ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse* :

GOUGEROT.

VU et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- HUTCHINSON. — Affection de l'œil et de l'oreille dans la syphilis héréditaire (1863) .
- ABADIE. — Manifestations oculaires de la syphilis héréditaire. (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1884.)
- ANTONELLI. — Stigmates ophtalmoscopiques de la syphilis héréditaire. (Thèse de Paris, 1891.)
- TERRIEN. — Manifestations oculaires de l'hérédo-syphilis. (*Gazette des hôpitaux*, 1904.)
- BICHON. — Du rôle des infections et en particulier de la syphilis dans l'étiologie de la myopie. (Thèse de Paris, 1906.)
- DELAPERSONNE. — Syphilis et Myopie (*Presse médicale*, 1905).
- FOURNIER. — Stigmates de l'hérédo-syphilis. (*Actualités médico-chirurgicales*, 1909.)
- PINARD ET DEGLAIRE. — Fréquence du cercle cornéen dans la syphilis acquise ou héréditaire. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1921.)
- SABOURAND. — A propos de la syphilis héréditaire et des signes mineurs de l'hérédo-spécificité. (*Bulletin médical de Paris*, 1920.)
- LEMOINE DE VALOIS. — Considérations sur l'étiologie et le traitement de la myopie progressive (sclérochoroïdite ectatique) (*Archives d'ophtalmologie*, avril 1933.)
- ROSSI DOMENICO (Florence). — Note sur l'étiologie de la myopie axiale. (*Bulletin d'oculistica*, 1927.)
- MARCEL PINARD. — Sur quelques signes peu connus d'hérédo-syphilis. (*La clinique*, Paris, 1923.)

Sur divers aspects de la descendance avec un cas de syphilis ancestrale insoupçonnée. (Bruxelles-Médical, 1-22-1921.)

CARLE. — La syphilis héréditaire larvée. (Rapport à la Conférence de la syphilis héréditaire, octobre 1925.)

CHEVICH. — Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations de nourrissons. (Thèse de Lille, 1926.)

GRENET. — Sur quelques aspects de syphilis héréditaire. (*Monde médical*, 1920.)

LEUDE. — Essai sur le diagnostic de l'hérédo-syphilis. (*P. M.*, avril 1923.)

Mme HYRONIMUS. — A propos de la réaction de Desmoulière chez les enfants, et du dépistage de l'hérédo-syphilis. (Thèse de Paris, 1920.)

LUQUE. — Quelques signes peu connus d'hérédo-syphilis. (*Revue médicale de Malaga*, septembre 1926.)

LOUSTE. — Hérédo-syphilis dystrophique. (*Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie*, 18 janvier 1930.)

QUEYRAT. — Diagnostic et traitement de la syphilis larvée. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 novembre 1929.)

J. MAWAS. — Résumé du rapport concernant l'introduction à l'étude de la myopie et des chorioretinites myopiques. (*Bulletin de la Société d'ophtalmologie*, Paris 18 novembre 1934.)

CUENO et NATAF. — La syphilis oculaire en Tunisie. (Congrès de Tunis, mars 1934.)

